

Compilare e inviare a certificazione@tec-eurolab.com

DOMANDA DI CERTIFICAZIONE

DATI ANAGRAFICI DELL'ORGANIZZAZIONE	
Ragione sociale:	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Telefono:	e-mail:
Persona di riferimento:	Telefono/e-mail:
Attività/Processi svolti:	Totale addetti presenti sul sito:
SITO PRODUTTIVO INTERESSATO DALLA CERTIFICAZIONE (SE DIVERSO DALL'ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE)	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Attività/Processi svolti:	Totale addetti presenti sul sito:
SITO PRODUTTIVO INTERESSATO DALLA CERTIFICAZIONE (SE DIVERSO DALL'ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE)	
Indirizzo:	CAP:
Città:	Provincia:
Attività/Processi svolti:	Totale addetti presenti sul sito:

Se vi sono altri siti produttivi per i quali si richiede la certificazione, indicare in un foglio allegato:

1) l'indirizzo, 2) le attività/processi svolti nei diversi siti produttivi 3) il numero degli addetti per ogni sito produttivo

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO DI CONFORMITÀ ALLA NORMA UNI EN ISO 9001 / 3834				
	Prima Certificazione	Rinnovo	Supplementare	Transfer *
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 9001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834-2 Requisiti di qualità estesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834-3 Requisiti di qualità normali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> UNI EN ISO 3834-4 Requisiti di qualità elementari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* In caso di applicazione della modalità TRANSFER, indicare:				
▪ Data di emissione del Certificato in essere: ____ / ____ / _____				
▪ Organismo di Certificazione che ha emesso il Certificato: _____				
▪ Motivazione per il trasferimento: _____				
▪ Eventuali procedimenti legali in corso: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI				
▪ Sono stati ricevuti reclami nell'ultimo anno? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI In caso affermativo, sono stati gestiti in modo adeguato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO)				
▪ Sono presenti NC ancora aperte e per le quali non è stata ancora verificata l'attuazione delle azioni correttive? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI				
Si richiede di allegare copia del Certificato aziendale in essere e copia dell'ultimo Rapporto di Audit conseguito.				

TIPOLOGIA DI PRODOTTO/ATTIVITÀ DA CERTIFICARE

PER SCHEMA UNI EN ISO 9001, L'ORGANIZZAZIONE:		
<ul style="list-style-type: none"> Ha nominato il Responsabile Qualità? Se sì, indicare se interno o esterno: 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Affida lavorazioni o servizi in subfornitura? Se sì, indicare quali: 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Il paragrafo della norma - progettazione e sviluppo di prodotti\servizi - è applicato al Vs. sistema? Indicare eventuali ulteriori paragrafi della norma non applicabili: 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Ci sono prescrizioni legali applicabili al prodotto/servizio oggetto di certificazione? Se sì, indicare le principali: 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Avete già effettuato un audit interno completo e un riesame della Direzione? 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
PER SCHEMA UNI EN ISO 3834, L'ORGANIZZAZIONE:		
<ul style="list-style-type: none"> Possiede le Qualifiche del Personale di saldatura? 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Possiede le Qualifiche dei Procedimenti di saldatura? 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Ha nominato il Coordinatore di Saldatura? Se sì, indicare se interno o esterno: 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Ha nominato il personale addetto ai Controlli Con Distruttivi? Se sì, indicare se interno o esterno: 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Affida lavorazioni o servizi in subfornitura? Se sì, indicare quali: 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Effettua trattamenti termici post saldatura? 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Gestisce il processo di progettazione? 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> Intende certificare il processo di montaggio in cantiere, se applicabile? 	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO

INDICARE IL NUMERO DI PERSONE INTERESSATE ALLA CERTIFICAZIONE (collaboratori, attività in outsourcing)	
N. totale dipendenti azienda: _____	N. dipendenti interessati alla certificazione: <input checked="" type="checkbox"/> N. Responsabili di Processo (commerciale, acquisti, produzione, ...): _____ <input checked="" type="checkbox"/> N. Responsabile Qualità + Addetti Qualità: _____ <input checked="" type="checkbox"/> N. Coordinatori Saldatura (non richiesto per ISO 9001 e 3834-4): _____

CERTIFICAZIONI RILASCIATE DA ALTRI ENTI (ANCHE DI PRODOTTO, SE PRESENTI)		
Tipo di certificazione	Rilasciata da	In data
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

CONSULENTE/SOCIETÀ DI CONSULENZA UTILIZZATO PER LA PREDISPOSIZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE	
L'Organizzazione è ricorsa alla consulenza per la predisposizione del sistema di gestione? <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
Se sì, indicare:	
<ul style="list-style-type: none"> il nome del consulente incaricato per il sistema di gestione: _____ la società di consulenza a cui appartiene il consulente: _____ 	

Periodo richiesto per Audit (mese/anno):	
Questionario compilato da:	Funzione aziendale:
Timbro e Firma:	Data: